

ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อความตั้งใจ พฤติกรรมป้องกัน เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

The Effects of a Preventive Program on the Intention Behaviors to Prevent Preterm Labor and Rate of Preterm Birth

ฐิติมา คาระบุตร¹, สินาภรณ์ กล่อมยงค์^{1*}, จาตุพจน์ ศรีพุ่ม¹, รัชนิกร งามข้า¹, อума ประเสริฐศรี²
Thitima Karabutr¹, Sinaporn Klomyong^{1*}, Jatupat Sripum¹, Ratchaneekorn Ngarmkhum¹,
Uma Prasertsri²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

¹Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute

²Jainad Narendra Hospital

(Received: July 9, 2024; Revised: October 20, 2024; Accepted: November 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อความตั้งใจ พฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Chi-Square test, Fisher's Exact test และ t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 25.73$, $p\text{-value} < .001$; $t = 17.58$, $p\text{-value} < .001$) ตามลำดับ

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 14.88$, $p\text{-value} < .001$; $t = 15.29$, $p\text{-value} < .001$)

3. กลุ่มทดลองมีอัตราการคลอดครบกำหนดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม สามารถตั้งครรภ์ไปจนครบกำหนดคลอด

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมป้องกัน อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sinaporn@bcnchainat.ac.th)

Abstract

Preterm labor is a significant public health issue in Thailand. It is a cause of preterm birth, which results in health problems for both mothers and infants. This pretest-posttest quasi-experimental research, based on Ajzen's theory of planned behavior, aimed to evaluate the effects of a new preventive program on the intention behaviors to prevent preterm labor, as well as the rate of preterm birth. The sample consisted of 60 pregnant women receiving antenatal care at the Narendra General Hospital of Chainat Province, from March to July 2024. Participants were selected using the inclusion criteria, then randomly divided into experimental or control group (30 participants in each group). Data were collected using a questionnaire on intention to prevent preterm labor, as well as an assessment form on behaviors to prevent preterm labor, both yielding content validity indices of 1.00, and Cronbach's alpha coefficients of .86 and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-Square test, Fisher's exact test, and t-test. The results were as follow.

1. After receiving the program, the experimental group had a significantly higher mean score for the intention to prevent preterm labor than before receiving the program ($t = 25.73, p\text{-value} < .001$ and $t = 17.58, p\text{-value} < .001$, respectively).

2. After receiving the program, the experimental group had a significantly higher mean score than the control group for preterm labor prevention behavior ($t = 14.88, p\text{-value} < .001$ and $t = 15.29, p\text{-value} < .001$, respectively).

3. The experimental group also had a significantly higher rate of full-term deliveries than the control group ($p < .001$).

Therefore, this program can be used to promote appropriate preventive behaviors against preterm labor among pregnant women, enabling them to carry their pregnancies to full term.

Keywords: Preterm Labor, Prevention Behavior, Rate of Preterm Labor

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารก จากการศึกษาในปี ค.ศ. 2014 พบว่า มีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 14.84 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 10.60 (Chawanpaiboon, Vogel, Moller, Lumbiganon, Petzold, Hogan, et al., 2019) ในทวีปแอฟริกาและเอเชียใต้ในปี ค.ศ. 2005 มีการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 60 (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2018) ในประเทศไทยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ จากการสำรวจของระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24^{0/7} – 36^{6/7} สัปดาห์) ร้อยละ 11.6 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (Health Data Center, 2022) และจากสถิติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรในปี พ.ศ. 2565 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 22 และ 26 ตามลำดับ (Antenatal Care Unit Jainad Narendra Hospital, 2023) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) เกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ 20^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36^{6/7} สัปดาห์ มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง มีผลทำให้ปากมดลูกบางลงอย่างน้อยร้อยละ 80 และ/หรือปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำให้นับตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} สัปดาห์ หรือที่น้ำหนักทารกแรกเกิดตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป กรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2018) หากเกิดภาวะนี้ขึ้นก่อนอายุครรภ์ 34^{0/7} สัปดาห์ การเจริญของปอดทารกในครรภ์ยังไม่สมบูรณ์จะส่งผลต่ออัตราสุขภาพ ภาวะหายใจล้มเหลว

ภาวะเลือดออกในสมอง และการเสียชีวิตของทารกสูงขึ้น และหญิงตั้งครรภ์ได้รับ ผลข้างเคียงจากยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียงเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น (Morgan, Mendonça, Thiele, & David, 2022)

จากการศึกษาที่ผ่านมา ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่พบว่าพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การเดินทางไกล การออกกำลังกายหักโหม หรือ ทำกิจกรรมที่ใช้แรงมาก ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชา กาแฟ มีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ มีประวัติเคยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด หรือได้รับควันบุหรี่ การกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ถูกวิธี ความวิตกกังวลหรือความเครียด ไม่ได้รับการฝากครรภ์ตามนัด ไม่รับประทานยาบำรุงครรภ์ตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีการกระตุ่น นวด คลึงหัวนม หรือ เต้านม (Department of Medical Services, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีแนวทางการพยาบาลสำหรับป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่หลากหลายได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และโทรศัพท์ติดตามการหดตัวของมดลูก ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Pinkaew, Ratinthorn, Serisathien, & Rueangchainikhom, 2014) การศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาแบบใหม่ต่อความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้สุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์และคนในครอบครัว เพื่อให้ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติตน หลังแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน 7 วัน จากนั้นติดตามการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดซ้ำ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น (Kongroad & Chirit, 2020) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบบรายกรณี โดยให้ความรู้แนวทางในการปฏิบัติตัว และแนวทางการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมกับให้คู่มือการปฏิบัติตัวและนวัตกรรมการพยาบาล ได้แก่ สมာธิงาย ๆ คลายเครียด ปิดหูปิดตา พาสบายคลายกังวล และนวดฝ่าเท้าคุณแม่ พบว่า หลังได้รับดูแลตามรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Khianman, Kanmali, & Tumme, 2022) การศึกษาผลของการจัดประชุมครอบครัวต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยจัดประชุมครอบครัวให้ความรู้ เป้าหมาย แนวทางการรักษา ประเมินวิถีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่าง ๆ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม (Sotatawi & Chunuan, 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยประยุกต์แนวทางจากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตั้งใจที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรม มีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สูงขึ้น และปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ (Ajzen, 1991) โดยมีตัวแปรของทฤษฎีที่สามารถทำนายความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุดคือ การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (Perceived Behavioral Control) และการคล้อยตามคนรอบข้างเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Subjective Norm) (Malek, Umberger, Makrides, & ShaoJia, 2017) การศึกษาที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่พบการใช้ในการป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดภาวะนี้สูงขึ้น โดยในการศึกษารุ่นนี้ กิจกรรมในโปรแกรมเป็นการให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้อง เกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัว บุคคลอ้างอิงที่เคยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และผู้วิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมอง ความคิดเห็น ความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความคล้อยตาม มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความสามารถประเมินตนเองเพื่อเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างเหมาะสม สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอด

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สมมติฐานวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ประกอบด้วย 1) ทศคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) เป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ที่ถูกต้อง และเกิดทัศนคติที่ดีในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมตนเอง (Perceived Behavioral Control) ให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ผ่านมา และเลือกพฤติกรรมที่คาดว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้เพื่อป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) การคล้อยตามคนรอบข้างในการปฏิบัติพฤติกรรม (Subjective Norm) เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัว บุคคลอ้างอิงที่เคยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และผู้วิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมอง ความคิดเห็น ความคาดหวังที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกคล้อยตาม และมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ จากนั้นผู้วิจัยกำกับติดตาม และกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอด (ภาพ 1)

โปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. การให้สูติศึกษา
2. การประเมินตนเองและเลือกพฤติกรรมที่คาดว่าจะตนเองสามารถปฏิบัติได้
3. การให้สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอ้างอิงมีส่วนร่วมในการบอกความคาดหวัง และร่วมวางแผนปฏิบัติพฤติกรรม

1. ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. พฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์อายุ 20 – 35 ปี อายุครรภ์ 24^{0/7} – 34^{0/7} สัปดาห์ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์อายุ 20 – 35 ปี มีอายุครรภ์ 24^{0/7} – 34^{0/7} สัปดาห์ (เนื่องจากหลังอายุครรภ์ 34^{0/7} สัปดาห์ การเจริญของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์แล้ว) ไม่มีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โลหิตจาง ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ปากมดลูกสั้น มีเนื้องอกในมดลูก มีความผิดปกติของรก ภูน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น ไม่มีประวัติการแท้งเป็นอาเจิน และมีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ มีแอปพลิเคชันไลน์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงค่าอิทธิพลจากการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกัน เรื่องผลของการจัดประชุมครอบครัวต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Sotatawi & Chunuan, 2023) มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.04 นำไปแทนค่าโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 42 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้เท่ากับ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen (1991) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Department of Medical Services, 2023; The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2018) ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ การศึกษา อาชีพ และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 14 ข้อ ช่วงคะแนนตั้งแต่ 14 - 56 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ตั้งใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ตั้งใจน้อย (2 คะแนน) ตั้งใจมาก (3 คะแนน) และตั้งใจมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 14 – 24 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 25 – 34 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อย

คะแนน 35 – 44 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับมาก

คะแนน 45 – 56 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 11 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และด้านลบ 7 ข้อ ช่วงคะแนน 11 - 44 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) ปฏิบัติบ้าง (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 11 - 18 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 19 - 26 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับน้อย

คะแนน 27 - 34 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมาก

คะแนน 35 - 44 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผ่นพับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย อาการ การวินิจฉัย ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ตาราง บันทึกแผนการปฏิบัติพฤติกรรม และแบบบันทึกการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้าน สูติรีเวชกรรม 2 ท่าน และอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 3 ท่าน พบว่า แบบประเมินระดับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินพฤติกรรม ป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเหมาะสม ของภาษาที่ใช้ในแผ่นพับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากนั้นปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ .86 และ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ .89 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่มีมากกว่า .70 ถือว่าเครื่องนั้นใช้ได้ (Tavakol & Dennick, 2011)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังงานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลชัยนาท นเรนทร ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบทีมพยาบาลแผนกฝากครรภ์เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาสิ้นสุดการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นทดลอง

2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน การดำเนินการวิจัย และให้หญิงตั้งครรภ์ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2.1 กลุ่มควบคุม (ใช้เวลาทั้งสิ้น 25 นาที) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความตั้งใจ และพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม ใช้เวลา 5 นาที

2) เข้ารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ (ใช้เวลา 10 นาที) ประกอบด้วย ชักประวัติ ตรวจครรภ์ และตรวจร่างกาย ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ แบบสั้น ๆ เรื่องทั่วไป ได้แก่ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา อาการไม่สุขสบาย ที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ อาการเจ็บครรภ์เตือน - เจ็บครรภ์จริง อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่พยาบาลประเมินเบื้องต้นว่ามีความเสี่ยง

ขณะตั้งครุฑ จะให้เข้าพบสูติแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับการรักษาเฉพาะโรค หรือความผิดปกติอื่น ๆ และนัดให้เข้าตรวจครรภ์ครั้งต่อไป

3) ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินระดับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังเข้ารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุม ใช้เวลาทั้งสิ้น 5 นาที

4) ติดตามผลการเข้ารับการฝากครรภ์ตามนัด ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล และติดตามอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกสัปดาห์ หากมีอาการให้แจ้งผู้วิจัยผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน

5) ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ครบ 37^{0/7} สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ตามนัด ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ใช้เวลาทั้งสิ้น 5 นาที

6) ผู้วิจัยติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2.2.2 กลุ่มทดลอง (ใช้เวลาทั้งสิ้น 50 นาที) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความตั้งใจ และพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ใช้เวลา 5 นาที)

2) เข้ารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ (ใช้เวลา 10 นาที) ประกอบด้วย ชักประวัติ ตรวจครรภ์ และตรวจร่างกาย ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์แบบสั้น ๆ เรื่องทั่วไป ได้แก่ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา อาการไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ อาการเจ็บครรภ์เตือน - เจ็บครรภ์จริง อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่พยาบาลประเมินเบื้องต้นว่ามีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ จะให้เข้าพบสูติแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับการรักษาเฉพาะโรค หรือความผิดปกติอื่น ๆ และนัดให้เข้าตรวจครรภ์ครั้งต่อไป

3) กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้สุศึกษา ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัว บุคคลอ้างอิงที่เคยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมอบแผ่นพับเป็นสื่อการเรียนรู้ในการให้สุศึกษาเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควบคู่กับผู้วิจัยให้สุศึกษารายกลุ่มเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้องและเกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ใช้เวลา 10 นาที)

4) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัว บุคคลอ้างอิงที่เคยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และผู้วิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมอง ความคิดเห็น ความคาดหวังที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความคล้อยตาม และมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ใช้เวลา 10 นาที)

5) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ผ่านมา เพื่อให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ของตนเอง จากนั้นให้ประเมินตนเองเพื่อเลือกพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่คิดว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนตามบริบท (ใช้เวลา 5 นาที)

6) ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะแผนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่วางแผนไว้ จากนั้นให้บันทึกแผนการปฏิบัติพฤติกรรมลงในแผ่นพับ เพื่อใช้เป็นแนวทางและย้ำเตือนตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่บ้านได้ (ใช้เวลา 5 นาที)

7) ผู้วิจัยประเมินระดับความความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมกลุ่มของกลุ่มทดลอง ใช้เวลา 5 นาที

8) ผู้วิจัยติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแผนการที่กำหนดไว้ในแผ่นพับ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนใหม่ให้มี

ความเป็นไปได้ในบริบทของหญิงตั้งครรภ์ และติดตามผลการเข้ารับการฝากครรภ์ตามนัดตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล ตลอดจนติดตามอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทุกสัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หากมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้แจ้งผู้วิจัยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แบบ Line Group ที่มีเฉพาะผู้วิจัย หญิงตั้งครรภ์ และสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลาทั้งสิ้นครั้งละ 10 นาที (ติดตามจนถึงอายุครรภ์ 37^{0/7} สัปดาห์)

9) ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ครบ 37^{0/7} สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ตามนัด ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อตอบแบบพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวชมเชยหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จจนสามารถตั้งครรภ์ได้ถึงอายุครรภ์ครบกำหนด

10) ผู้วิจัยติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-Square Test, Independent T-Test

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Dependent t-test ทั้งนี้ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient มีค่าอยู่ในช่วง 0.48 ถึง 1.29 และ - 0.09 ถึง - 0.55 ซึ่งไม่เกิน ± 1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ทั้งนี้ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient มีค่าอยู่ในช่วง 0.88 ถึง 1.37 และ - 0.28 ถึง - 0.80 ซึ่งไม่เกิน ± 1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

4. เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เลขที่ 02/2567 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	M=28.64, SD=4.16		M=27.87, SD=4.03		.806 ^a
อายุครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรม	M=29.28, SD=3.12		M=29.87, SD=3.04		.352 ^a
24 ^{0/7} - 27 ^{6/7} สัปดาห์	10	33.33	12	40.00	
28 ^{0/7} - 31 ^{0/7} สัปดาห์	17	56.67	16	53.33	
32 ^{0/7} - 34 ^{0/7} สัปดาห์	3	10.00	2	6.67	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					.915 ^b
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ ปวส.	24	80.00	23	76.67	
อนุปริญญา/ ปวส. ขึ้นไป	6	20.00	7	23.33	
อาชีพ					.784 ^b
หน่วยงานราชการ	7	23.33	5	16.67	
หน่วยงานเอกชน	6	20.00	6	20.00	
เกษตรกร	4	13.33	5	16.67	
ค้าขาย	9	30.00	8	26.67	
ไม่ได้ทำงาน	4	13.33	6	20.00	
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์	M=25.47, SD=4.35		M=26.13, SD=3.81		.567 ^a
23-24.99 kg./m ²	13	43.33	15	53.33	
มากกว่า 24.99 kg./m ²	17	56.67	15	46.67	

^a Independent T-Test, ^b Chi-Square Test

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 28.64 ปี ($SD = 4.16$) อายุครรภ์เฉลี่ย 29.28 สัปดาห์ ($SD = 3.12$) ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา/ ปวส. ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทำงาน ร้อยละ 86 มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 25.47 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($SD = 4.35$) สำหรับกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.87 ปี ($SD = 4.03$) อายุครรภ์เฉลี่ย 29.87 สัปดาห์ ($SD = 3.04$) ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา/ ปวส. ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทำงาน ร้อยละ 80 มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 26.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($SD = 3.81$) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด						
กลุ่มทดลอง (n=30)	39.08	2.54	47.40	1.75	25.73	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	38.02	2.19	39.44	2.50	1.15	.282
พฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด						
กลุ่มทดลอง (n=30)	29.08	2.54	42.36	1.70	17.58	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	28.68	2.26	30.46	2.27	2.07	.089

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมในระดับมากที่สุด ($M = 47.40$, $SD = 1.75$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมในระดับมากที่สุด ($M = 42.36$, $SD = 1.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมาก ($M = 39.44$, $SD = 2.50$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมาก ($M = 30.46$, $SD = 2.27$) ซึ่งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	39.08	2.54	38.02	2.19	1.29	.204
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	47.40	1.75	39.44	2.50	14.88	<.001
พฤติกรรมป้องกันป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.08	2.54	28.68	2.26	1.29	.345
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	42.36	1.70	30.46	2.27	15.29	<.001

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน และภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมากที่สุด ($M = 47.40$, $SD = 1.75$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมากที่สุด ($M = 42.36$, $SD = 1.70$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผลการเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม (N = 60)

อายุครรภ์เมื่อคลอด	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Fisher's Exact	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนกำหนดคลอด	2	6.67	5	16.67	14.16	<.001
ครบกำหนดคลอด	28	93.33	25	83.33		

จากตาราง 4 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีอัตราการคลอดครบกำหนดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Fisher's Exact = 14.16, p-value < .001)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานวิจัยทั้ง 3 ข้อ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen มีตัวแปรประกอบด้วย 1) ทักษะที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) 2) การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมตนเอง

(Perceived Behavioral Control) และ 3) การคล้อยตามคนรอบข้างในการปฏิบัติพฤติกรรม (Subjective Norm) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t_{29} = 25.73, p\text{-value} < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{58} = 14.88, p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากกิจกรรมในโปรแกรมเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยให้สุศึกษา และมอบแผ่นพับเป็นสื่อการเรียนรู้เพื่อใช้ทบทวนได้ที่บ้านเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยบุคคลอ้างอิงที่เคยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลต่อความต้องการให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดการคล้อยตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และสามารถประเมินตนเองเพื่อเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่คิดว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ จนเกิดเป็นความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีของ Ajzen (1991) ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความเข้าใจที่ถูกต้องว่าปฏิบัติพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลทางบวกก็จะมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมนั้น จนเกิดเป็นความตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา การให้สุศึกษาเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ และทัศนคติ ร่วมกับให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ ติดตามการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำหลังจำหน่ายกลับบ้าน 7 วัน พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น (Kongroad & Chirit, 2020) ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยการให้ความรู้เพื่อปรับทัศนคติจากประสบการณ์ของบุคคลอ้างอิง สอนสาธิตและให้ฝึกเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร สังเกต ติดตามพฤติกรรมอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และคอยช่วยเหลือ จากนั้นประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chairat & Kala, 2021) และผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยอธิบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์ของนมแม่ สอนและสาธิตการนวดเต้านม การบีบนมในตู้เย็น ทำในการให้นมลูก และการแก้ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับหัวนมและเต้านม โดยใช้คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดนำคู่มืออิเล็กทรอนิกส์กลับไปทบทวนต่อทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามช่วยเหลือให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Sreepetch & Kala, 2021)

2. พฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t_{29} = 17.58, p\text{-value} < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{58} = 15.29, p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับมีบุคคลสำคัญ หรือบุคคลอ้างอิงเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติ หรือร่วมแสดงความคิดเห็นต่อพฤติกรรมนั้น ๆ จะส่งผลให้บุคคลเกิดการคล้อยตาม เกิดการรับรู้ตนเองในการควบคุมพฤติกรรม และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สูงขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกิน โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนพฤติกรรม และบอกความคาดหวังที่มีต่อพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ มีบุคคลอ้างอิงเล่าประสบการณ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความคล้อยตามที่จะปฏิบัติพฤติกรรม จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความสามารถตนเองเพื่อเลือกพฤติกรรมที่ตั้งใจจะปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ และ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Karabutr, Klomyong, Sripum, & Keawtuptim, 2023) และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบบรายกรณี โดยให้ความรู้ แนวทางในการปฏิบัติตัว และแนวทางการรักษา ร่วมกับการคู่มือการปฏิบัติตัวและนวัตกรรมการพยาบาลได้แก่ สมาริง่าย ๆ คลายเครียด ปิดหูปิดตา พาสบายคลายกังวล และนาฬิกาคุณแม่ ภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า หญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Khianman, Kanmali, & Tumme, 2022) เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลองประกอบด้วย มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่ม กาแฟ สูบบุหรี่ หรือ อยู่ใกล้ควันบุหรี่ และกลืนปัสสาวะลดลง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่แนะนำให้หลีกเลี่ยงดื่มแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่ม กาแฟ เนื่องจากมีผลกระทบต่อการหด-ขยายตัวของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูกและรกลดลง มดลูกจึงมีการหดตัว นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อยู่ใกล้ควันบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่มีสารนิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ และทาร์ มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทเช่น Acetylcholine Dopamine และ Norepinephrine ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือดดำบริเวณมดลูก รก และมดลูกขาดเลือดไปเลี้ยง จึงทำให้มดลูกหดตัว (Dahlin, Gunnerbech, Wikstrom, Cnattingius, & Edstedt Bonamy, 2016) การกลืนปัสสาวะทำให้ทางเดินปัสสาวะติดขัดเกิดการหลัง Prostaglandins ทำให้มดลูกหดตัว (Department of Medical Services, 2023)

3. อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการคลอดครบกำหนดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Fisher's\ Exact = 14.16, p\text{-value} < .001$) จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสม จึงสามารถตั้งครรถ์จนครบกำหนดคลอด ทำให้มีอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลง

จากการวิจัยจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประยุกต์ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ทักษะที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกิดความคล้อยตามความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอ้างอิง จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าประสบการณ์ สามารถประเมินตนเองเพื่อเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ตนเองคาดว่าจะทำได้ เกิดความตั้งใจจะปฏิบัติพฤติกรรมอันนำไปสู่การปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ตนเองตั้งใจไว้ได้อย่างเหมาะสม มีทำให้การตั้งครรถ์ดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด ช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปการพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ทุกราย เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม สามารถตั้งครรถ์จนครบกำหนดคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการปรับพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่น ๆ ที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ หรือ น้ำหนักเกินเกณฑ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นต้น เพื่อให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม ลดการเกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารก

Reference

- Ajzen, I. (1991). Theory of planed behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50(2), 179-211.
- Antenatal Care Unit Jainad Narendra Hospital. (2023). *Antenatal Registration*. Chainat: Jainad Narendra Hospital. (in Thai)
- Chairat, N. & Kala, S. (2021). Intention of breastfeeding among mothers with cesarean section: The effects of a nursing program based on the planned behavior theory. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 121-134. (in Thai)
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J.P., Moller, A.B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., et al. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Global Health*, 7(1), e37-e46. doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0.
- Dahlin, S., Gunnerbech, A., Wikstrom, A.K., Cnattingius, S., & Edstedt Bonamy, A.K. (2016). Maternal tobacco use and extremely premature birth – a population-based cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(12), 1938-1946.
- Department of Medical Services. (2023). *Guidelines for the Prevention of Preterm Labor for Thailand, 2023 edition*. Retrieved February 10, 2024 from <https://www.dms.moph.go.th/>. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149
- Health Data Center. (2022). *Percentage of Thai Women Giving Birth Prematurely in Fiscal Year 2022*. Maternal and child health standards reporting group. Retrieved March 13, 2024, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>. (in Thai)
- Karabutr, T., Klomyong, S., Sripum, J., & Keawtuptim, A. (2023). Gestational diabetes among overweight pregnant women: The effects of a new program on preventive intention and behaviors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(2), 1-14. e258494. (in Thai)
- Khianman, B., Kanmali, Y., & Tumme, W. (2022). Development of care model for pregnant women with preterm labor. *Research and Development Health System Journal*, 15(3), 286-300. (in Thai)
- Kongroad, S. & Chirit, C. (2020). Effectiveness of an education program on knowledge, attitude, and practice of pregnant women with premature labour. *Journal of Health Science*, 29(6), 1055-1061. (in Thai)
- Malek, L., Umberger, W.J., Makrides, M., & ShaoJia, Z. (2017). Predicting healthy eating intention and adherence to dietary recommendations during pregnancy in Australia using the theory of planned behavior. *Science Direct*, 16(1), 431-441.
- Morgan, A.S., Mendonça, M., Thiele, N., & David, A.L. (2022). Management and outcomes of extreme preterm birth. *British Medical Journal*, 376:e055924. doi.org/10.1136/bmj-2021-055924

- Pinkaew, S., Ratinthorn, A., Serisathien, Y., & Rueangchainikhom, W. (2014). The effect of program of care for pregnant women at risk for preterm labor on the rates of preterm labor and preterm birth. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(1), 58-71. (in Thai)
- Sotatawi, W. & Chunuan, S. (2023). Effects of family meeting on stress and gestational age at birth of pregnant women with preterm labor. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 10(2), 123-139. (in Thai)
- Sreepetch, S. & Kala, S. (2021). The effects of a nursing program applying the theory of planned behavior on the intention of breastfeeding among postpartum teenage mothers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 26-39. (in Thai)
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). *RTCOG Clinical Practice Guideline Management of Preterm Labor and Preterm Prelabor Rupture of Membranes*. Clinical Practice Guidelines Issue Vol. 4. Retrieved January 1, 2024, from <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/276>. (in Thai)